

組合記入欄	被保険者証番号		常務理事	事務局
	資格取得	令和 年 月 日		
	交付	令和 年 月 日		

第2種 第3種 組合員加入申込書

① 加入する者の氏名		(フリガナ)	② 性別	③ 生 年 月 日	
			男・女	昭和 年 月 日 平成	
④ 住 所	(フリガナ)	〒 -		⑤ 個 人 番 号	
私は、下記雇用主を代理人として個人番号を提供することを委任いたします。 令和 年 月 日 委任者（従業員）氏名					
⑥ 従来加入していた保険の種類	市町村国保・社保(協会けんぽ・共済・健保組合等)・歯科医師国保・その他				
⑦ 勤 務 先 名 称				⑨ 職 業	1. 歯科医師 4. 歯科助手 2. 歯科衛生士 5. 事務員 3. 歯科技工士 6. ()
⑧ 資格取得年月日 (歯科医師国保加入年月日)	令和 年 月 日				
⑩ 世帯に属する者のうち 保険加入を必要とする者の氏名	⑪ 性別	⑫ 続柄	⑬ 生 年 月 日	⑭ 個 人 番 号	
(フリガナ)	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日		
(フリガナ)	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日		
(フリガナ)	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日		
(フリガナ)	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日		

承 諾 書

上記の者が宮城県歯科医師国民健康保険組合に加入すること、及び本人・家族の国民健康保険料等は、私名義の診療報酬口座から、貴職において引き去り納付することを承諾いたします。

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

申込年月日	令和 年 月 日
診療所名	
所在地	TEL - -
雇用主氏名	

・「厚生年金」に加入する診療所の場合は、試用期間を含めた採用日が資格取得年月日となります。

【添付書類】必ず添付してください。

- ・雇用通知書など、採用日、賃金等法定事項の記載のあるもの（写）
- ・加入者全員の個人番号（マイナンバー）及び続柄が記載された住民票（直近3ヶ月以内発行）
- ・住民票に個人番号の記載が無い場合には、マイナンバーカード（又はマイナンバー通知カード）の写を追加添付
- ・法人及び常勤従業員が5人以上になる個人診療所の場合は、「健康保険被保険者適用除外承認申請書」

●退職等のときは、被保険者証を必ず回収・返還願います

●FAXでの提出はできません

●個人番号は、必ず記入してください

※同一世帯で市町村国保に入っている方は、一緒に国保組合に入ることになっております。